

Приложение к Приказу
Министерства здравоохранения
Приднестровской Молдавской Республики
от «26» 11 2024 года № 849 - 020

Клинические рекомендации
«Корь»

Коды по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ 10): B5.0 - B5.9

Возрастная категория: дети/ взрослые

Год утверждения (частота пересмотра): 2024 год (пересмотр каждые 5 лет)

Оглавление

Список сокращений.....	3
Термины и определения	4
1. Краткая информация	6
1.1 Определение.....	6
1.2 Этиология и патогенез.....	6
1.3 Эпидемиология.....	8
1.4 Кодирование по МКБ-10.....	9
1.5 Классификация.....	9
1.6 Клиническая картина.....	10
2. Диагностика	13
2.1 Жалобы и анамнез	13
2.2 Физикальное обследование.....	15
2.3 Лабораторная диагностика.....	17
2.4 Инструментальная диагностика.....	19
2.5 Иная диагностика.....	20
3. Лечение.....	21
3.1 Консервативное лечение.....	21
3.2 Хирургическое лечение.....	28
3.3 Иное лечение.....	28
4. Реабилитация	30
5. Профилактика и диспансерное наблюдение:	31
6. Организация медицинской помощи.....	32
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	37
Список использованной литературы:.....	38
Приложение А1. Состав рабочей группы:.....	40
Приложение А2. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственных препаратов.	43
Приложение Б. Алгоритм действий врача.....	38
Приложение В. Информация для пациента	39
Приложение Г. Шкалы оценки, опросники и т.д., приведенные в тексте клинических рекомендаций	47

Список сокращений

ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения;
ДН – Дыхательная недостаточность;
ЖКВ – Живая коревая вакцина;
ИФА - Иммуноферментный анализ;
КТ – Компьютерная рентгеновская томография;
МКБ-10 - Международная классификация болезней, 10 пересмотра
МРТ – Магнитно-резонансная томография;
НК – Недостаточность кровообращения;
ННМЦ – Национальный научно-методический центр по надзору;
НПВС – Нестероидные противовоспалительные средства;
ОМС - Обязательное медицинское страхование граждан;
ПМУ - Простая медицинская услуга;
ПСПЭ – Подострый склерозирующий панэнцефалит;
ПЦР - Полимеразная цепная реакция;
РНК – Рибонуклеиновая кислота;
РЦ – Региональный центр;
СОЭ – Скорость оседания эритроцитов;
СРБ – С реактивный белок;
ССС – Сердечно-сосудистая система;
ЦНС – Центральная нервная система;
ЭКГ – Электрокардиограмма;
ЭхоКГ – Ультразвуковое исследование сердца;
ЭЭГ – Электроэнцефалография;
Ig M, G - Иммуноглобулины класса M, G;
PaO₂ – парциальное давление кислорода;
SaO₂ – Сатурация гемоглобина крови кислородом.

Термины и определения

Заболевание - возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.

Инструментальная диагностика – диагностика с использованием для обследования больного различных приборов, аппаратов и инструментов.

Исходы заболеваний - медицинские и биологические последствия заболевания.

Качество медицинской помощи - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям - нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании, с определенным синдромом или при определенной клинической ситуации.

Клиническая ситуация - случай, требующий регламентации медицинской помощи вне зависимости от заболевания или синдрома.

Лабораторная диагностика – совокупность методов, направленных на анализ исследуемого материала с помощью различного специального оборудования.

Медицинское вмешательство - выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности.

Медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Нозологическая форма - совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание (отравление, травму, физиологическое состояние) и отнести его к группе

состояний с общей этиологией и патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению и коррекции состояния.

Осложнение заболевания - присоединение к заболеванию синдрома нарушения физиологического процесса; - нарушение целостности органа или его стенки; - кровотечение; развившаяся острая или хроническая недостаточность функции органа или системы органов.

Основное заболевание - заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти.

Пациент - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.

Последствия (результаты) - исходы заболеваний, социальные, экономические результаты применения медицинских технологий.

Симптом - любой признак болезни, доступный для определения независимо от метода, который для этого применялся.

Синдром - состояние, развивающееся как следствие заболевания и определяющееся совокупностью клинических, лабораторных, инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать его и отнести к группе состояний с различной этиологией, но общим патогенезом, клиническими проявлениями, общими подходами к лечению, зависящих, вместе с тем, и от заболеваний, лежащих в основе синдрома.

Состояние - изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи.

Сопутствующее заболевание - заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти.

Тяжесть заболевания или состояния - критерий, определяющий степень поражения органов и (или) систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением.

Уровень достоверности доказательств – отражает степень уверенности в том, что найденный эффект от применения медицинского вмешательства является истинным.

Функция органа, ткани, клетки или группы клеток составляющее физиологический процесс свойство, реализующее специфическое для соответствующей структурной единицы организма действие.

Вирусемия – состояние, при котором вирус попадает в кровоток и распространяется по всему организму.

1. Краткая информация

1.1 Определение

Корь – острое высоко контагиозное вирусное заболевание, передающееся воздушно-капельным путем и характеризующееся наличием лихорадки, симптомов интоксикации, поражением дыхательных путей, конъюнктив, наличием пятнисто-папулезной экзантемы с переходом в пигментацию.

1.2 Этиология и патогенез

1.2.1 Этиология.

Возбудителем является вирус кори (*Polynosa morbillarum*), который относится к семейству *Paramyxoviridae*, роду *Morbillivirus*. Вирусные частицы сферической формы в диаметре 120-250 нм, имеющие наружную ворсинчатую оболочку, спиральный нуклеокапсид, гемагглютинин, не содержит нейроминидазы. РНК-содержащий вирус окружен спиральным белковым капсидом и внешней липидно-белковой оболочкой. Штаммы вируса кори идентичны в антигенном отношении. Для вируса характерна гемагглютинирующая, гемолизирующая, комплементсвязывающая активность, вызывает образование вируснейтрализующих антител. Вирус кори нестойк к воздействию физических, химических факторов, сохраняются во внешней среде не более 30 мин., чувствителен к солнечному свету и ультрафиолетовому облучению, инактивируется эфиром, формалином. В каплях слюны погибает через 30 мин, при высыхании – мгновенно. Характерно распространение на значительные расстояния с потоком воздуха. При низких температурах сохраняется несколько недель, при -70°C сохраняет активность в течение 5 лет.

Вирус кори можно выделить из крови, носоглоточных смывов, кала, мочи, цереброспинальной жидкости, отделяемого конъюнктив. С целью культивирования вируса используют разнообразные тканевые культуры (почки и амнион человека, почки обезьян, собак, морских свинок, телят, фибробласты эмбрионов кур и японских перепелок).

1.2.2 Патогенез.

Местом внедрения (входными воротами) вируса кори являются слизистая оболочка верхних дыхательных путей и конъюнктивы. Вирус адсорбируется на эпителии слизистой, проникает в подслизистую оболочку и регионарные лимфатические узлы, где происходит первичная репликация.

С 3 дня инкубационного периода развивается вирусемия (первая волна). В начальном периоде количество вируса сравнительно невелико и может быть нейтрализовано введением иммуноглобулина, на чем и основана пассивная иммунизация при контакте с больным корью. В середине инкубационного периода имеется высокая концентрация вируса в лимфатических узлах, селезенке, печени, миндалинах, фолликулах, миелоидной ткани костного мозга. В катаральный период кори и в 1 день высыпаний отмечается новое и более значительное нарастание вирусемии (вторая волна) с большим содержанием вируса в отделяемом слизистой оболочки верхних дыхательных путей. К 5 дню высыпаний вирус в крови не обнаруживается, появляются вируснейтрализующие антитела.

Вирус обладает выраженным тропизмом к эпителию дыхательных путей, вызывая катаральное воспаление рото-, носоглотки, гортани, трахеи, бронхов, бронхиол, при этом некротизируется эпителий дыхательных путей, что приводит к наслоению вторичной бактериальной флоры и развитию бактериальных осложнений. Поражается пищеварительный тракт – слизистая ротовой полости, тонкая и толстая кишка. Патологические изменения слизистой оболочки губ, десен, щек представляют собой участки некроза эпителия с последующим слущиванием (пятна Бельского-Филатова-Коплика). В лимфатических узлах, миндалинах, селезенке, вилочковой железе можно обнаружить гигантские ретикулоэндотелиоциты.

Допускается возможность непосредственного воздействия коревого вируса на ЦНС. Вирус может гематогенно заноситься в головной мозг с развитием коревого энцефалита. Установлена роль возбудителя в развитии острого демиелинизирующего энцефалита, энцефаломиелита и хронически прогрессирующего поражения ЦНС (хронические энцефалиты, подострый склерозирующий панэнцефалит). У больных подострым склерозирующим панэнцефалитом (ПСПЭ) выявляются высокие титры противокоревых антител. Однако из головного мозга умерших от ПСПЭ выделено несколько штаммов вируса, отличающиеся по свойствам от вируса кори и схожи по антигенной структуре с вирусом чумы собак.

Для кори характерно развитие анергии (вторичного иммунодефицита) со снижением уровня иммунитета, что приводит к активации патогенной и условно-патогенной

микрофлоры с развитием осложнений преимущественно дыхательной системы, обострению хронических заболеваний. Коревая анергия сохраняется не менее месяца.

1.3 Эпидемиология

Корь является крайне заразной тяжелой болезнью.

Корь остается одной из основных причин смерти среди детей раннего возраста во всем мире, несмотря на наличие безопасной и эффективной вакцины.

Не вакцинированные дети раннего возраста подвергаются самому высокому риску заболевания корью и развития осложнений, включая смертельный исход. Заразиться корью может любой человек, не имеющий иммунитета — тот, кто не был вакцинирован или тот, кто не выработал иммунитет после вакцинации.

Источником кори является только больной человек, выделяющий вирус во внешнюю среду в последние 2 дня инкубационного периода и до 4 дня после высыпаний. Общая продолжительность заразного периода составляет 8-10 дней. С 5 дня появления сыпи больной не заразен. В катаральный период максимальное вирусовыделение из конъюнктив, носоглотки при кашле, чихании, разговоре. Источником инфекции могут быть больные abortивной и митигированной корью. Лица с вакцинальной реакцией для окружающих не опасны. Механизм передачи — капельный. Путь передачи — воздушно-капельный.

Восприимчивость к кори всеобщая, наиболее высока в детском возрасте от 1 года до 5 лет, в период элиминации кори болеют преимущественно подростки и взрослые. Дети до 3 месяцев, как правило, не заболевают. Заражение корью происходит даже при мимолетном контакте. Вирус с потоком воздуха проникает в помещения через коридоры, лестничные клетки, вентиляционную систему. Инфекция через предметы, третьих лиц не передается вследствие малой устойчивости вируса во внешней среде. Возможен трансплацентарный путь передачи при заболевании женщины в последнем триместре беременности. Индекс контагиозности составляет около 100%. Корью болеет только человек.

Временная естественная защищенность от кори имеется только у детей первых 3 мес. жизни вследствие наличия у них иммунитета, полученного от матери. В дальнейшем иммунитет снижается, и дети становятся восприимчивы к 6-10 мес. жизни. При отсутствии специфических противокоревых антител у матери ребенок может заболеть даже в период новорожденности.

1.4 Кодирование по МКБ-10:

B05	Корь
B05.0	Корь, осложненная энцефалитом
B05.1	Корь, осложненная менингитом
B05.2	Корь, осложненная пневмонией
B05.3	Корь, осложненная средним отитом
B05.4	Корь, с кишечными осложнениями
B05.8	Корь, с другими осложнениями
B05.9	Корь, без осложнений

1.5 Классификация

Таблица 1.

Классификация (Н.И. Нисевич, В.Ф. Учайкин, 1985 год)

Тип	Тяжесть	Течение
Типичная: катаральный период; период высыпаний; период пигментации. Атипичная: стертая; митигированная; геморрагическая (гипертоксическая или злокачественная).	легкая; среднетяжелая; тяжелая:	гладкое (без осложнений); негладкое (с осложнениями) с наложением вторичной инфекции; с обострением хронически заболеваний

Стандартное определение случая кори:

Подозрительный случай – это случай, при котором у пациента возникает лихорадка, макулопапулезная сыпь;

Вероятный случай – это подозрительный случай + 1 из следующих признаков:

- недавний (не менее 17 дней) контакта с подтвержденный случаем;
- текущая вспышка в данном регионе;
- кашель, острый ринит, или конъюнктивит.

Подтвержденный случай – это случай, у которого есть симптомы подозрительного или вероятного случая + лабораторное подтверждение диагноза.

1.6 Клиническая картина

Клинические проявления *типичной кори* характеризуются сменой четырех периодов:

1. Инкубационный период: от 9 до 17 дней. У пациентов, получавших иммуноглобулин, компоненты крови, плазму – 21 день, в некоторых случаях до 28 дней.
2. Катаральный период: продолжительность 3-4 дня. Для него характерно постепенное нарастание интоксикационного синдрома, катаральные проявления, развитие конъюнктивита.
3. Период высыпаний: развивается с 4-5 дня болезни и продолжается 3-4 дня. Характеризуется максимальной выраженностью лихорадки, интоксикационного, катарального синдромов.
4. Период пигментации: продолжительность 7-14 дней.

Характерные синдромы:

Интоксикационный синдром: недомогание, вялость, адинамия, отказ от еды, питья, плаксивость, нарушение сна. Возможно развитие головной боли, бреда, рвоты, судорог. Повышение температуры 38-39°C и более развивается в катаральный период. На 2-3 день болезни температура снижается, иногда до субфебрильных цифр, в то время как катаральные явления нарастают. Интоксикационный синдром максимально выражен в первые 2 дня периода высыпаний. Характерны тахикардия, снижение артериального давления, глухость сердечных тонов, аритмия. По данным ЭКГ признаки миокардиодистрофии. Возможна вторичная нефропатия (олигурия, белок и цилиндры в моче). В период пигментации нормализуется температура, самочувствие больного.

Синдром поражение респираторного тракта (катаральный синдром): обильные выделения слизистого характера из носа, в динамике – слизисто-гнойного. Ярко гиперемирована, разрыхлена, пятнистая слизистая оболочка щек. Сухой, грубый, навязчивый иногда лающий кашель, нарастающий в динамике. Осиплый голос, возможно развитие отека гортани, проявляющееся стенозом. За 1-2 дня до экзантемы на слизистой мягкого и твердого неба появляется коревая экзантема – небольшие розовато-красного цвета, неправильной формы пятна размером 3-5 мм. Через 1-2 дня элементы экзантемы сливаются и становятся неразличимы на гиперемированной поверхности слизистой оболочки. Одновременно с пятнистой экзантемой появляется патогномоничный симптом кори – пятна Бельского-Филатова-Коплика – обычно на слизистой оболочке щек против малых коренных зубов, реже на слизистой губ, десен. Пятна имеют вид мелких, 1-2 мм, серовато-белых папул, окруженных узкой каймой гиперемии, не сливающихся между собой, не снимаются шпателем, сохраняются 2-3 дня, иногда можно их обнаружить до 1-2

дня высыпаний. Катаральные проявления ослабевают к 7-9 дню болезни в период пигментации.

Синдром поражение глаз: характерен конъюнктивит, при котором выделения постепенно приобретают гнойный характер. Веки отечны. Светобоязнь. Склерит.

Синдром экзантемы: характерна этапность высыпаний. Вначале коревая сыпь появляется на спинке носа, за ушами. В течение первых суток сыпь распространяется на лицо, шею, верхнюю часть груди, плеч. На 2 сутки она целиком покрывает туловище и распространяется на проксимальные отделы рук. На 3-4 день – на дистальные отделы верхних и нижних конечностей. Сыпь папулезного характера, насыщенного розового цвета, вначале мелкая, через несколько часов элементы увеличиваются, сливаются, образуя крупные, неправильной формы, пятнисто-папулезные, ярко-красные элементы. Сыпь располагается на наружной и внутренней поверхности конечностей на неизменном фоне кожи. Характерна одутловатость лица, отечность век и носа, сухие губы, в трещинах, «красные» глаза.

В периоде пигментации сыпь быстро темнеет, приобретает бурый оттенок, вследствие образования гемосидерина. Пигментация появляется с 3 дня периода высыпаний и происходит поэтапно, в том же порядке, как и появление сыпи. Пигментация иногда заканчивается отрубевидным шелушением.

К атипичным формам кори относят митигированную, abortивную, стертую, бессимптомную. Выявление атипичных форм болезни происходит по нарастанию титра специфических противокоревых антител в динамике, преимущественно при обследовании в очагах инфекции по контакту.

Митигированная корь развивается у больных, которые получали в инкубационный период иммуноглобулин, плазму, кровь. Характерно удлинение инкубационного периода до 21 дня, сокращение продолжительности катарального периода, периодов высыпания и пигментации. Катаральный период может отсутствовать или сокращаться до 1 дня, с развитием незначительной интоксикации и легкими катаральными проявлениями. Период высыпаний укорачивается до 1-2 дней, сыпь мелкая, пятнистая, необильная, неяркая, с нарушением этапности. Пигментация бледная, кратковременная. Слизистая оболочка щек не изменяется, энантема и пятна Бельского-Филатова-Коплика отсутствуют. При введении живой противокоревой вакцины в некоторых случаях развивается у привитых реакция, напоминающая митигированную корь. Однако инкубационный период укорочен до 9-10 дней, отмечается повышение

температуры, катаральный синдром, скудная макуло-папулезная сыпь, возможны судороги и рвота.

Абортивная форма кори начинается типично. После 1-2 дня заболевания клинические симптомы исчезают. Температура может повышаться только в первый день периода высыпаний. Сыпь локализуется преимущественно на лице и туловище.

Стертая форма кори характеризуется слабыми, быстро проходящими симптомами интоксикации и катаральными проявлениями.

Бессимптомная форма кори характеризуется отсутствием клинических проявлений.

Критерии тяжести, осложнения

Комплексная оценка степени выраженности интоксикации, поражения ротоглотки, дыхательных путей, глаз служит отражением тяжести и прогноза инфекции.

Тяжелые формы занимают в проблеме кори особое значение, обуславливая возможные осложнения и неблагоприятный исход болезни.

Различают:

- легкую форму
- среднетяжелую форму
- тяжелую форму

Критерии оценки степени тяжести кори по клиническим признакам представлены в Приложении Г.

Осложнения при кори могут сформироваться на любом этапе инфекции. Все осложнения кори можно разделить на 2 группы:

1 группа осложнений связана с действием самого вируса;

2 группа осложнений связана с присоединением вторичной антибактериальной инфекции.

1 группа осложнений:

- стенозирующий ларинготрахеобронхит;
- пневмания;
- энцефалит, энцефаломиелит, серозный менингит;
- подострый склерозирующий энцефалит;
- энтероколит;
- миокардит, перикардит;
- дефицит витамина А, вплоть до развития слепоты;
- тромбоцитопеническая пурпура;

- безжелтушный гепатит

II группа осложнений:

- стоматит, гингивит, глоссит;
- отит, синусит;
- бронхит, пневмония, плеврит;
- гнойный конъюнктивит, блефорит, язва роговицы, переорбитальная флегмона;
 - инфекция мочевыводящих путей;
 - гастроэнтероколит.

2. Диагностика

2.1 Жалобы и анамнез

2.1.1 Жалобы:

- повышение температуры до 38-39 С
- головная боль
- слабость, вялость, недомогание
- насморк, чихание, выделение обильного серозного носового секрета
 - чувство саднения в дыхательных путях
 - охриплость голоса
 - грубый кашель;
 - слезотечение, светобоязнь
 - высыпания на коже;

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарии: уточнение жалоб при кори подразумевает тщательный расспрос о характере начала болезни, лихорадке, её длительности, появлении недомогания, головной боли, нарушении сна, тошноте, рвоте, боли в горле, боли в глазах, светобоязни, появлении кашля, насморка, бреда, плаксивости, нарушения сна.

2.1.2 Анамнез:

- острое начало;
- циклическое течение заболевания с выраженными катаральными явлениями в первые дни болезни, высыпаниями с 4-го дня болезни;
- контакт с лабораторно подтвержденным случаем кори за 7-18 дней до появления симптомов заболевания; - отсутствие плановой и экстренной вакцинации против кори;

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарии: при сборе анамнеза рекомендуется обратить внимание на контакт с больным корью и/или любым заболеванием, протекающим с экзантемой, выяснить пути передачи инфекции, наличие плановой вакцинации против кори. Невакцинированные дети раннего возраста подвергаются самому высокому риску заболевания корью и развития осложнений, включая смертельный исход.

2.2 Физикальное обследование

- Рекомендуется измерение температуры.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарии: Повышение температуры 38-39°C и более развивается в катаральный период. На 2-3 день болезни температура снижается, иногда до субфебрильных цифр, в то время как катаральные явления нарастают. Интоксикационный синдром и лихорадка максимально выражен в первые 2 дня периода высыпаний. При появлении сыпи характерен новый подъем температуры (двухволновая лихорадка).

- Рекомендуется осмотр кожных покровов и выявление экзантемы.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарии: для кори обязательным синдромом является экзантема. Характерна этапность высыпаний. Первые элементы коревой сыпи появляются на спинке носа, за ушами. В течение первых суток сыпь распространяется на лицо, шею, верхнюю часть груди, плеч. На 2 сутки она целиком покрывает туловище и распространяется на проксимальные отделы рук. На 3-4 день – на дистальные отделы верхних и нижних конечностей. Сыпь папулезного характера, насыщенного розового цвета, вначале мелкая, через несколько часов элементы увеличиваются, сливаются, образуя крупные, неправильной формы, пятнистопапулезные, ярко-красные элементы. Сыпь располагается на наружной и внутренней поверхности конечностей на неизменном фоне кожи. Характерна одутловатость лица, отечность век и носа, сухие губы, в трещинах, «красные» глаза. В периоде пигментации сыпь быстро темнеет, приобретает бурый оттенок, вследствие образования гемосидерина. Пигментация появляется с 3 дня периода высыпаний и происходит поэтапно, в том же порядке, как и появление сыпи. Пигментация иногда заканчивается отрубевидным шелушением.

- Рекомендуется осмотр слизистой полости рта и выявление коревой энантемы, пятен Бельского-Филатова-Коплика.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств - 1).

Комментарии: для кори характерно выявление яркой гиперемии, рыхлой, пятнистой слизистой оболочки щек, на слизистой мягкого и твердого неба коревой энантемы – небольшие розовато-красного цвета, неправильной формы пятна размером 3-5 мм, пятна Бельского-Филатова-Коплика – обычно на слизистой оболочке щек против малых коренных зубов, реже на слизистой губ, десен. Пятна имеют вид мелких, 1-2 мм, серовато-белых папул, окруженных узкой каймой гиперемии, не сливающихся между собой, не снимаются шпателем, сохраняются 2-3 дня, иногда можно их обнаружить до 1-2 дня высыпаний.

- Рекомендуется выявление катарального синдрома.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарии: при объективном осмотре обращаем внимание на состояние кожных покровов в области кончика носа, осматриваем преддверие носа и носовые ходы, поочередно надавливаем пальцами на крылья носа снаружи и просим больного глубоко дышать через нос, по шуму воздушной струи определяем степень проходимости носовых ходов, наличие слизистых или гнойных выделений из носа. Оцениваем звучность голоса на основании выраженности и тональности крика и/или при произнесении любых слов. Определение характера кашля проводим путем предложения пациенту покашлять, при крике или надавливании на корень языка шпателем. Для кори характерны обильные выделения слизистого и слизисто-гнойного характера из носа. Сухой, грубый, навязчивый иногда лающий кашель, нарастающий в динамике. Осиплый голос, возможно развитие отека гортани, проявляющееся стенозом. Катаральные проявления ослабевают к 7-9 дню болезни в период пигментации.

- Рекомендуется выявление поражения глаз.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарии: визуально осматриваем состояние кожи век, слизистую оболочку конъюнктивы и глазные яблоки. Для этого большими пальцами оттягиваем книзу нижние веки и просим больного смотреть вверх. Отмечаем цвет слизистой оболочки, степень ее увлажненности, выраженность сосудистого рисунка, наличие высыпаний,

патологического отделяемого. При осмотре глазных яблок определяем состояние склер. Визуально оцениваем ширину глазных щелей для выявления отека век. Для кори характерен конъюнктивит, при котором выделения постепенно приобретают гнойный характер, веки отечны, светобоязнь. Возможен склерит, блефарит, кератит, кератоконъюнктивит.

- Рекомендуется определять нарушение сознания, появление делирия, общемозговых нарушений, менингеальных симптомов.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарии: при осмотре рекомендуется оценивать уровень сознания с использованием шкалы Глазго, выявлять наличие менингеальных симптомов (ригидность затылочных мышц, Кернига, Брудзинского и др.), наличие выбухания и пульсации большого родничка. Определяем рефлексы, поражение лицевого нерва, нистагм, параличи конечностей. Выявляем поражение зрительного и слухового нервов. При кори возможно поражение нервной системы (энцефалит, менингоэнцефалит, менингит, миелит).

- Рекомендуется выявлять нарушение дыхания, чувство нехватки воздуха, частое хрипящее дыхание, регистрацию ослабления и хрипов над легкими при аускультации.

Уровень убедительности рекомендаций В, (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарии: при кори возможны осложнения со стороны органов дыхания (пневмония, ларингит, ларинготрахеит, бронхит, бронхиолит, плеврит). Катаральный ларингит и ларинготрахеит преимущественно проявляются в катаральный период кори и исчезают при появлении высыпаний. возможно, с развитием коревого крупа длительностью 1-3 дня. В более поздние сроки его развитие связано с вторичной бактериальной инфекцией и может проявляться афонией. Некротические ларингиты и ларинготрахеиты редки и проявляются в более позднем периоде болезни. Пневмония характерна для детей раннего возраста в любом периоде болезни, но чем раньше возникает бронхопневмония или интерстициальная пневмония, тем тяжелее она протекает: с нарушением функций ЦНС и сердечно-сосудистой системы. Поздние пневмонии обычно возникают в период пигментации сыпи, что сопровождается повторным повышением температуры, ухудшением самочувствия, одышкой, появлением влажных хрипов в легких, выявляемых при аускультации.

2.3 Лабораторная диагностика

- Рекомендуется провести клинический анализ крови с исследованием лейкоцитарной формулы.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 3).

***Комментарии:** Клинические показатели крови меняются в зависимости от периода и тяжести кори. В анализе крови выявляется лейкопения, нейтропения, лимфоцитоз, СОЭ не изменена.*

- Рекомендуется биохимический анализ крови.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

- Рекомендуется определять время свертывания и длительность кровотечения, коагулограмму при развитии осложнений с геморрагическими проявлениями.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

- Рекомендовано обнаружение в материалах из носоглоточных смывов, моче, крови, ликворе РНК вируса кори с использованием ПЦР.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).

***Комментарии:** молекулярно-биологический метод (ПЦР) применяется в целях определения генотипа возбудителя кори. На 1 - 3 день с момента появления высыпаний наибольшая вероятности выделения вируса, что требует отбора у больного проб клинического материала (моча, носоглоточные смывы и соскобы, ликвор, кровь) для исследований, но не позднее 5 дня. Образец необходимо доставить в лабораторию для исследования при 2-8°C в течение 48 часов. Цельную кровь не замораживать. Для выделения вируса кори и экстракции РНК вируса кори может быть использована моча, собранная не позже 7 дня с момента появления сыпи. Собирают 10 – 50 мл мочи в стерильную емкость. Предпочтительно собирать первую утреннюю порцию. Охлаждают образец до +4°C. Цельную мочу не замораживают. Для выделения вируса кори и экстракции РНК вируса кори может быть использован*

носоглоточный смыв или соскоб (предпочтительнее), собранные не позже 7 дня с момента появления сыпи. Для сбора носоглоточного смыва пациенту требуется прополоскать горло 3 – 5 мл физиологического раствора. Собирают промывные воды в стерильную пробирку.

- Рекомендуется применение серологических методов диагностики (ИФА).

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: серологический метод (ИФА) имеет значение для подтверждения диагноза корь при выявлении в сыворотке крови больного специфических антител, относящихся к иммуноглобулинам класса М (IgM) (за исключением случаев, когда образование IgM было вызвано вакцинацией). Взятие крови для исследования осуществляется не позднее 4 - 5 дня с момента появления сыпи;

Нарастание титра специфических антител, относящихся к IgG, в 4 и более раза при исследовании в стандартных серологических тестах парных сывороток крови (забор крови для 1-ой пробы - не позднее 4-5 дня с момента появления сыпи, 2-ая сыворотка - не ранее чем через 10 - 14 дней от даты взятия первой пробы), является основанием для постановки диагноза корь.

2.4 Инструментальная диагностика

- Рекомендуются рентгенограмма органов грудной клетки, рентгенограмма придаточных пазух носа, КТ органов грудной клетки.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: использование данных методов правомочно при клинических симптомах развития пневмонии и синусита и/или диагностики данных осложнений вследствие активации вторичной бактериальной флоры.

- Рекомендуется ЭКГ.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: использование данного метода рекомендуется у пациентов с фоновой кардиологической патологией для раннего выявления декомпенсации и/или при подозрении на развитие нарушений ритма сердца и проведения на фоне течения кори.

- Рекомендуется ЭхоКГ.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: использование данного метода рекомендуется у пациентов с фоновой кардиологической патологией для раннего выявления декомпенсации и/или при подозрении на воспаление миокарда и других оболочек сердца на фоне течения кори.

- Рекомендуется ЭЭГ.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: использование данного метода рекомендуется у пациентов с декомпенсацией фоновой неврологической патологии, развитии судорог, отеке головного мозга, менингите, энцефалите на фоне течения кори.

- Рекомендуется нейросонография.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: использование данного метода рекомендуется у пациентов с декомпенсацией фоновой неврологической патологии, развитии судорог, отеке головного мозга, менингите, энцефалите на фоне течения кори.

- Рекомендуется МРТ головного мозга.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: использование данного метода рекомендуется у пациентов с декомпенсацией фоновой неврологической патологии, развитии судорог, отеке головного мозга, менингите, энцефалите на фоне течения кори для уточнения локализации воспалительного процесса, дифференциальной диагностики с кровоизлиянием, дистрофическими процессами, объемными образованиями.

2.5 Иная диагностика

Показания для консультации специалистов:

- а) хирурга – при возникновении очагов нагноения, абсцессов, флегмон
- б) акушер-гинеколога - при кори у беременных женщин;
- в) невролога – при развитии синдрома поражения центральной и (или) периферической нервной системы

Таблица 2

Дифференциальный диагноз

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Критерии исключения диагноза
---------	--	------------------------------

Скарлатина	Наличие симптомов интоксикации, сыпи.	Гнойный тонзиллит, мелкоточечная сыпь на гиперемизированном фоне кожи, одномоментность появления сыпи, бледный носогубной треугольник, отсутствие катаральных явлений, "малиновый язык", крупнопластинчатое шелушение кожи пальцев рук и ног, ладоней и подошв.
Менингококковая инфекция	Наличие симптомов интоксикации и сыпи.	геморрагическая "звездчатая" сыпь с некротическим компонентом в центре и тенденцией к слиянию, экхимозы, сильная головная боль, менингеальные симптомы, признаки шока.
Ветряная оспа	Наличие симптомов интоксикации и сыпи	везикулезная сыпь на коже, в том числе на волосистой части головы, и слизистых, «ложный полиморфизм»: пятно-папула-везикулакорочка, контакт с больным ветряной оспой или опоясывающим герпесом.
Краснуха	Наличие симптомов интоксикации и сыпи.	мелкопятнистая быстро проходящая сыпь, слабо выраженный катаральный и интоксикационный синдром, увеличение заднее- шейных и затылочных лимфоузлов, контакт с больным краснухой.
аллергический дерматит	Наличие сыпи	полиморфная сыпь: пятнисто- папулезные и уртикарные элементы, сопровождающиеся зудом, без интоксикации, лихорадки, катаральных явлений. Появляются после контакта с потенциальным аллергеном (медикаменты, пищевой продукт и др.)
Энтеровирусная экзантема	Наличие симптомов интоксикации и сыпи.	Сыпь локализуется на туловище, лице, редко - на руках, мелкоточечная или мелкая пятнисто-папулезная, иногда - геморрагическая. Сыпь сохраняется в течение нескольких часов или в течение нескольких суток и исчезает, не оставляя следа, пигментации. На слизистой полости рта бывает энантема; одним из вариантов энтеровирусной экзантемы является появление везикул на коже кистей, стоп и слизистой оболочки полости рта (рука- нога-рот).

3. Лечение

3.1 Консервативное лечение

Цели лечения:

- нормализация температуры; купирование интоксикации; устранение катарального синдрома;
- предотвращение и/или купирование осложнений.

Лечение кори включает:

- мероприятия, направленные на эрадикацию возбудителя;
- мероприятия, направленные на дезинтоксикацию;
- мероприятия, направленные на десенсибилизацию организма.

На выбор тактики лечения оказывают влияние следующие факторы:

- противоэпидемический режим;
- возраст пациента;
- степень тяжести заболеваний;
- преморбидный фон пациента;
- изоляция;
- доступность и возможность выполнения лечения.

-

Лечение на амбулаторном уровне:

Немедикаментозное лечение:

Режим: постельный (в течение всего периода лихорадки);

Строгая гигиена больного: гигиенический уход за слизистыми оболочками полости рта, глаз, туалет носа, ушей, несколько раз в день промывать глаза теплой кипяченой водой. Диета: дети старше 12 л. и взр - стол № 15, дети до 12 л-16а.

Дробное теплое питье.

Медикаментозное лечение:

• При легкой, стертой и митигированной формах кори при конъюнктивите – промывание глаз раствором фурацилина 1:5000 3-4 раза в день – 5 дней, сульфацил – натрий дети до 12 лет- 20% р-р, дети старше 12 л. и взрослые – 30% р-р по 1 капле 4 раза в день в каждый глаз – 5 дней;

• Ретинол– 1 раз в день, 2 дня: до 6 мес-50.000 МЕ, 6-11 мес-100.000 МЕ, 12 мес. и старше-200.000 МЕ.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: Все дети в развивающихся странах с корью, должны получить 2 дозы добавки витамина А с интервалом в 24 часа. Это лечение позволяет восстановить низкие уровни содержания витамина А, наблюдаемые во время кори даже среди детей, получающих надлежащее питание, и может помочь предотвратить поражения глаз и слепоту. Добавление витамина А способствуют уменьшению числа случаев смерти от кори на 50%.

• Рекомендованы консультации специалистов:

- ✓ оториноларинголога - при остром среднем отите, гайморите, фронтите;
- ✓ окулиста - при блефарите, иридоциклите.

Мониторинг состояния пациента:

- повторный осмотр участкового врача через 2 дня или раньше, если пациенту стало хуже, держится лихорадка свыше 38°C, учащенное или затрудненное дыхание;
- объяснить пациенту и родственникам, в какой ситуации необходимо срочно вновь обратиться к врачу:
- при появлении признаков осложнений со стороны: дыхательных путей (пневмония, ларингит со стенозом гортани, учащенное дыхание), глаз (блефарит, кератиты, кератоконъюнктивиты), пищеварительной системы (стоматиты, энтериты, колиты), выделительной системы (циститы, пиелиты, пиелонефриты) и органов слуха (отиты, мастоидиты) пациенты направляются на стационарное лечение.

Лечение на стационарном уровне:

Показания для госпитализации:

- тяжелое и осложненное течение заболевания;
- независимо от формы течения заболевания - лица из организаций с круглосуточным пребыванием детей или взрослых; лица, проживающие в общежитиях и в неблагоприятных бытовых условиях (в том числе коммунальных квартирах);
- сопутствующая патология дыхательной, сердечно-сосудистой, эндокринной систем;
- пороки развития сердца и сосудов;
- энцефалопатия;
- иммунодефицитные состояния любого генеза;
- контактные дети из закрытых и других медицинских учреждений с 7 по 18 дни контакта (по эпидемиологическим показаниям).

Лечение на этапе скорой неотложной помощи:

Медикаментозное лечение:

- Рекомендовано при лихорадке свыше 38,5⁰ С – парацетамол** детям старше 12 лет и взр. - 500 мг, детям до 12 лет 10- 15 мг/кг через рот или ректально;
- при судорогах – р-р диазепама** 0.5% - детям старше 12 лет и взрослым 2 мл (1 мг), детям до 12 лет – 0,2- 0,5 мг/кг в/м (но не более 10 мг)

Лечение на стационарном уровне:

Немедикаментозное лечение:

- Режим:
- Госпитализация в Мельцеровский бокс;
- Строгая гигиена больного: гигиенический уход за слизистыми оболочками полости рта, глаз, туалет носа, ушей, несколько раз в день промывать глаза теплой кипяченой водой.
- Диета: дети старше 12 л. и взр - стол № 15, дети до 12 л-16а.
- Дробное теплое питье.

Лечение при средней степени тяжести кори:

- Этиотропная терапия с противовирусной и иммуномодулирующей целью: рекомендуется интерферон α -2b-человеческий рекомбинантный: для детей до семи лет по 150000, старше семи лет и взрослые по 500 000 МЕ. МЕ 2 раза в сутки per rectum, курс лечения 10 дней

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: имеются единичные публикации о применении данных препаратов при кори.

или:

- инозин пранобекс дети до 12 лет 50 мг/кг в сутки в 3 приема, дети старше 12 л и взрослые -таб. 500 мг, по 2 таблетки 3 раза в день, курс лечения 10 дней;

Патогенетическая терапия:

Для купирования гипертермического синдрома свыше 38,5⁰С рекомендуется:

- парацетамол (детям старше 12 лет и взр. - 500 мг, детям до 12 лет - 10-15 мг/кг) с интервалом не менее 4 часов, не более трех дней внутрь или ректально;

или:

- ибупрофен** (детям старше 12 лет и взр. 200-400 мг, детям до 12 лет в дозе 5-10 мг/кг) не более 3-х раз в сутки внутрь,

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: Из НПВС у детей с жаропонижающей и болеутоляющей целью применяются парацетамол* в суточной дозе 60 мг/кг, ибупрофен* в суточной дозе 30 мг/кг, метамизол натрия* в разовой дозе 5-10 мг/кг внутримышечно или внутривенно, у детей до 3-12 мес. (5-9 кг) только внутримышечно. Спазмолитики в комбинации с анальгетиками применяются при сохранении стойкой фебрильной температуры, отсутствии эффекта на препараты парацетамол и ибупрофен.

С десенсибилизирующей целью:

- детям до 12 лет хлоропирамин** 1-2 мг/кг в сутки через рот или парентерально, два раза в сутки, в течение 5-7 дней;
- детям старше 12 лет и взрослым хлоропирамин** таб. по 25 мг по 1 таб 2 раза в день или лоратадин** 10 мг по 1 таблетке в день 5-7 дней

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств-3).

Комментарии: Применение антигистаминных препаратов показано при развитии сопутствующей аллергической реакции и/или у пациентов с атопическим дерматитом.

При конъюнктивите рекомендуется:

- промывание глаз раствором фурацилина 1:5000 3-4 раза в день- 5 дней;
- сульфацил –натрий** 20% по 1 капле 4раза в день в каждый глаз- 5 дней;
- ретинол** – 1 раз в день, 2 дня: до 6 мес-50.000 МЕ, 6-11 мес-100.000 МЕ, 12 мес. и старше – 200.000 МЕ через рот.

Лечение при тяжелой степени тяжести кори:

Этиотропная терапия:

С противовирусной и иммуномодулирующей целью рекомендуется:

- интерферон α -2b-человеческий рекомбинантный**: для детей до семи лет по 150000, старше семи лет и взрослые по 500 000 МЕ. МЕ 2 раза в сутки per rectum, курс лечения 10 дней

(Уровень убедительности рекомендаций С; уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: имеются единичные публикации о применении данных препаратов при кори или:

- инозин пранобекс дети до 12 лет 50 мг/кг в сутки в 3 приема, дети старше 12 л и взрослые - таб. 500 мг, по 2 таблетки 3 раза в день, курс лечения 10 дней;

Патогенетическая терапия:

Для купирования гипертермического синдрома свыше 38,5°C рекомендуется:

- парацетамол** (детям старше 12 лет и взр. -500 мг, детям до 12 лет - 10-15 мг/кг) с интервалом не менее 4 часов, не более трех дней внутрь или ректально;

или

- ибупрофен** (детям старше 12 лет и взр. 200-400 мг, детям до 12 лет в дозе 5-10 мг/кг) не более 3-х раз в сутки внутрь

или

- литическая смесь в составе р-р Анальгина** 50 % + р-р Димедрола** 1 % (детям до 12 лет из расчета по 0,1 мл/кг, детям старше 12л и взр. 2 мл 50 %-го раствора. Анальгина + 1 мл 1%-го раствора димедрола в/м через 6 часов не более 3-х дней

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: Из НПВС у детей с жаропонижающей и болеутоляющей целью применяются парацетамол* в суточной дозе 60 мг/кг, ибупрофен* в суточной дозе 30 мг/кг, метамизол натрия* в разовой дозе 5-10 мг/кг внутримышечно или внутривенно, у детей до 3-12 мес. (5-9 кг) только внутримышечно. Спазмолитики в комбинации с анальгетиками применяются при сохранении стойкой фебрильной температуры, отсутствии эффекта на препараты парацетамол и ибупрофен.

С десенсибилизирующей целью:

- детям до 12 лет хлоропирамин** 1-2 мг/кг в сутки через рот или парентерально, два раза в сутки, в течение 5- 7 дней;

- детям старше 12 лет и взрослым хлоропирамин** таб. по 25 мг по 1 таб 2 раза в день или лоратадин** 10 мг по 1 таблетке в день 5-7 дней

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств- 3).

Комментарии: Применение антигистаминных препаратов показано при развитии сопутствующей аллергической реакции и/ или у пациентов с атопическим дерматитом.

При конъюнктивите рекомендуется:

- промывание глаз раствором фурацилина 1:5000 3- 4 раза в день- 5 дней;

- сульфацил – натрий** 20% по 1 капли 4 раза в день в каждый глаз- 5 дней.

С целью дезинтоксикационной терапии рекомендуется внутривенная инфузия из расчета 30 – 50 мл /кг:

- Реополиглюкин** (10-15 мл/кг), 5%;

или

- 10% декстрозы** (10- 15 мл/кг), 0,9% натрия хлорида** (10- 15 мл/кг)

(Уровень убедительности рекомендаций В; уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарии: Введение излишней жидкости парентерально, особенно изотонического раствора хлорида натрия, чревато опасностью развития отека легких и мозга. Общее количество жидкости, вводимой парентерально, должно применяться из расчета по физиологической потребности;

При осложнениях со стороны центральной нервной системы (энцефалит) рекомендуется:

- дегидратационная терапия – маннитол 15% из расчета 0,5- 1,5 гр/кг внутривенно капельно в течение 3-5 дней ; фуросемид 1% – 1- 3 мг/кг в сутки с интервалом 12 часов в течение 3-5 дней , затем ацетазоламид 0,25г – 8 - 10 мг/кг в сутки , один раз в день по схеме: три дня ежедневно, один день перерыв, до пяти курсов в сочетании с препаратами калия;

- противоотечная, противовоспалительная и десенсибилизирующая терапия: дексаметазон по схеме: 1 доза - 1 мг/кг, затем через каждые 6 часов - 0,2 мг/кг в сутки – 5- 7 дней или преднизолон из расчета 1 мг/кг (внутримышечно)- 5- 7 дней с постепенным уменьшением дозы, по состоянию в динамике, при необходимости продолжить лечение преднизолоном через рот из расчета 0,1 – 0,5 мг/кг;

- при судорогах и энцефалите – фенobarбитал (1-3 мг/кг в сутки) или диазепам 0,5% раствор –детям старше 12 лет 10-20 мг, детям до 12 лет - по 0,1 мл на кг (0,2- 0,5 мг/кг) в/м; в/в; или натрия оксibuтират – 20% раствор - 50-150 мг/кг (разовая доза в/м; в/в) или вальпроевая кислота 10 мг/кг в/в, затем через рот 15- 20 мг/кг;

- при отеке головного мозга – оксигенотерапия.

- Антибактериальные препараты назначаются в зависимости от предполагаемого и выделенного возбудителя при:

- тяжелых формах кори;

- развитию бактериальных осложнений;

- развитию кори у детей раннего возраста с неблагоприятным преморбидным фоном (анемия 2 и 3 степени, белково-энергетическая недостаточность 2 и 3 степени, иммунодефицитные состояния).

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: Действие на возбудителя развившихся осложнений (антибактериальные препараты), с учетом чувствительности к антибиотикам, выявленного возбудителя. Необходимость, целесообразность и показания для назначения антибиотиков при кори обусловлены развитием осложнений вирусно-бактериальной этиологии в виде ларингита, ларинготрахеита, отита, пневмонии и т.д. Раннее назначение с профилактической целью развития осложнений нецелесообразно

- Рекомендуется консультации специалистов:

- оториноларинголога - при остром среднем отите, гайморите, фронтите;
- окулиста - при блефарите, иридоциклите;
- невролога - при менингите, менингоэнцефалите и при судорожном синдроме;
- кардиолога - при миокардите и перикардите.

Показания для перевода в отделение интенсивной терапии и реанимации:
[1,2,11]

- наличие общих признаков опасности у детей в возрасте до 5 лет;
- острая дыхательная недостаточность 2- 3 степени;
- острая сердечно-сосудистая недостаточность 2-3 степени;
- повторные судороги;
- нарушение сознания;
- ДВС – синдром.

3.2 Хирургическое лечение

Хирургическое лечение не показано.

3.3 Иное лечение

- физиотерапевтические методы лечения;
- физические методы снижения температуры;
- санация верхних дыхательных путей;
- аэрация помещения;
- гигиенические мероприятия.

Индикаторы эффективности лечения (критерии выздоровления):

- стойкая нормализация температуры в течение 3 дней и более;
- отсутствие интоксикации;
- отсутствие катаральных явлений;
- угасание сыпи, пигментации.

4. Реабилитация

Основные принципы реабилитации:

- Реабилитационные мероприятия должны начинаться уже в периоде разгара или в периоде ранней реконвалесценции;
- Необходимо соблюдать последовательность и преемственность проводимых мероприятий, обеспечивающих непрерывность на различных этапах реабилитации и диспансеризации;
- Комплексный характер восстановительных мероприятий с участием различных специалистов и с применением разнообразных методов воздействия;
- Адекватность реабилитационно-восстановительных мероприятий и воздействий адаптационным и резервным возможностям реконвалесцента. При этом важны постепенность возрастания дозированных физических и умственных нагрузок, а также дифференцированное применение различных методов воздействия;
- Постоянный контроль эффективности проводимых мероприятий. При этом учитываются скорость и степень восстановления функционального состояния и профессионально-значимых функций переболевших (косвенными и прямыми методами).

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

Профилактика.

Корь – высоко контагиозное заболевание. Профилактические мероприятия направлены на раннюю и активную диагностику, лечение, изоляцию больных в организованных коллективах.

Выявление больных корью, лиц с подозрением на это заболевание проводится медицинскими работниками организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, и иных организаций, а также лицами, имеющими право на занятие частной медицинской практикой и получившими лицензию на осуществление медицинской деятельности в установленном законодательством порядке, при:

- оказании всех видов медицинской помощи;
- проведении медицинских осмотров;
- проведении предварительных и периодических профилактических медицинских осмотров населения;
- диспансеризации населения;

- медицинском наблюдении за лицами, бывшими в контакте с больными корью;
- проведении подворных (поквартирных) обходов;
- проведении лабораторных исследований биологических материалов от людей;
- осуществлении активного эпидемиологического надзора за корью с обязательным лабораторным исследованием биологического материала от лиц с лихорадкой и пятнисто-папулезной сыпью независимо от первичного диагноза.

В случае выявления больного корью или лиц с подозрением на это заболевание первичные противоэпидемические мероприятия в очагах проводятся медицинскими работниками организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, а также иных организаций, частнопрактикующими медицинскими работниками сразу после выявления больного или при подозрении на корь.

При выявлении очага инфекции в дошкольных организациях и общеобразовательных учреждениях, а также в организациях с круглосуточным пребыванием взрослых с момента выявления первого больного до 21 дня с момента выявления последнего заболевшего в коллектив не принимаются лица, не болевшие корью и не привитые против этих инфекций.

Госпитализированные лица должны находиться в стационаре до исчезновения клинических симптомов, но не менее чем 5 дней с момента появления сыпи при кори, при наличии пневмонии этот срок удлиняется до 10 сут. Допуск реконвалесцентов кори в организованные коллективы детей и взрослых разрешается после их клинического выздоровления.

За лицами, общавшимися с больными корью, устанавливается медицинское наблюдение в течение 21 дня с момента выявления последнего случая заболевания в очаге.

В дошкольных организациях и общеобразовательных учреждениях, а также в организациях с круглосуточным пребыванием взрослых организуется ежедневный осмотр контактных лиц медицинскими работниками в целях активного выявления и изоляции лиц с признаками заболевания.

В очагах кори определяется круг лиц, подлежащих иммунизации по эпидемическим показаниям.

Иммунизации против кори по эпидемическим показаниям подлежат лица (взрослые и дети старше 1 года), имевшие контакт с больным (при подозрении на заболевание), не болевшие корью ранее, не привитые, не имеющие сведений о прививках против кори, а также лица, привитые против кори однократно - без ограничения возраста. Иммунизация

против кори по эпидемическим показаниям проводится в течение первых 72 часов с момента выявления больного.

При расширении границ очага кори (по месту работы, учебы, в пределах района, населенного пункта) сроки иммунизации могут продлеваться до 7 дней с момента выявления первого больного в очаге.

Детям, не привитым против кори (не достигшим прививочного возраста или не получившим прививки в связи с медицинскими противопоказаниями или отказом от прививок), не позднее 5-го дня с момента контакта с больным вводится внутримышечно иммуноглобулин человека нормальный 0,5 мл/кг, но не более 15 мл в соответствии с инструкцией по его применению.

Сведения о проведенных прививках и введении иммуноглобулина (дата, название препарата, доза, серия, контрольный номер, срок годности, предприятие-изготовитель) вносят в учетные формы в соответствии с требованиями к организации вакцинопрофилактики.

Лица, контактировавшие с больным корью и не получившие гамма-глобулин, изолируются с 7 по 18 дни, а получившие ее и дети в возрасте до 6 месяцев с 7 по 21 дни контакта. Дети и взрослые, бывшие в контакте, перенесшие в прошлом корь или вакцинированные согласно календарю, не подлежат изоляции и профилактические мероприятия среди них не проводятся.

Контактные лица из очагов кори, не привитые и не болевшие ранее, не допускаются к плановой госпитализации в медицинские организации неинфекционного профиля и социальные организации в течение всего периода медицинского наблюдения. Госпитализация таких пациентов в период медицинского наблюдения в медицинские организации неинфекционного профиля осуществляется по жизненным показаниям, при этом в стационаре организуются дополнительные санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в целях предупреждения распространения инфекции.

Методом плановой специфической профилактики от кори является вакцинопрофилактика.

Вакцинации против кори в плановом порядке подлежат дети, достигшие возраста 1 года и не болевшие корью.

Ревакцинация проводится в 6 и в 15 лет. Детям и взрослым, получившим прививки в рамках национального календаря профилактических прививок, в сыворотке крови которых в стандартных серологических тестах не обнаружены специфические антитела к

возбудителю, прививки против кори проводят дополнительно в соответствии с инструкциями по применению иммунобиологических препаратов.

Для обеспечения популяционного иммунитета к кори, достаточного для предупреждения распространения инфекции среди населения, охват прививками населения на территории муниципального образования должен составлять не менее 95%, взрослых в возрасте 18 - 35 лет - не менее 90%.

Диспансерное наблюдение.

Выписку больного из стационара после перенесенной кори проводят не ранее 5-го дня с момента появления высыпаний, при наличии пневмонии не ранее 10 дней.

Диспансерное наблюдение при кори осуществляется участковым педиатром (терапевтом, семейным врачом). Частота осмотров, объем обследования зависят от перенесенного осложнения и осуществляется участковым врачом (педиатром) 2-3 раза в течение 3 мес., при коревом энцефалите до 2 лет.

Реконвалесценты кори с поражением нервной системы, сердца, почек, глаз, слизистой ротовой полости и пневмонией подлежат диспансерному наблюдению у соответствующих специалистов, которые определяют программу реабилитации и срок диспансерного наблюдения. Снятие с диспансерного учета после стойкого исчезновения остаточных явлений.

6. Организация медицинской помощи

Медицинская помощь больным корью оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Медицинская помощь больным корью может оказываться в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение) - при первичной диагностике, оказании помощи до момента госпитализации, а также на этапе диспансерного наблюдения, реабилитации реконвалесцентов;

- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения) - на этапе реконвалесценции и реабилитации;

- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение) – при средней и тяжелой степени тяжести кори, требующей специальных методов диагностики и лечения, на этапе реабилитации после тяжелых осложнений.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях осуществляется в фельдшерско-акушерских пунктах, родильных домах, перинатальных центрах, образовательных организациях (медицинские кабинеты дошкольных и общеобразовательных (начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования) учреждений, учреждений начального и среднего профессионального образования средним медицинским персоналом.

При наличии в этих учреждениях врача, медицинская помощь оказывается в виде первичной врачебной медико-санитарной помощи. Так же первичная врачебная медико-санитарная помощь осуществляется врачом-педиатром, участковым врачом, врачом общей практики (семейным врачом) в амбулаторных условиях.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь осуществляется врачом-инфекционистом медицинской организации, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается в условиях стационара врачами-инфекционистами и другими врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Лечение больных осуществляется в условиях стационара по направлению врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-инфекциониста, иных медицинских работников, выявивших инфекционное заболевание.

Критерии оценки качества медицинской помощи

Индикаторы эффективности лечения:

- стойкая нормализация температуры в течение 3 дней и более;
- отсутствие интоксикации;
- отсутствие катаральных явлений;
- угасание сыпи, пигментации.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1	Выполнены осмотр и/или консультация врача инфекциониста не позднее 2 часов от момента поступления в стационар	1	A
2	Выполнен первичный осмотр при наличии ДН II-III, НК II-III, и других состояний, представляющих угрозу жизни пациента, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме, безотлагательно	1	A
6	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	2	B
7	Выполнен общий анализ мочи	2	B
8	Выполнено серологическое исследование крови для выявления вируса кори на 4 - 5 день с момента появления сыпи (1 сыворотка) и не ранее чем через 10 - 14 дней от даты взятия первой пробы (2 сыворотка)	1	A
9	Выполнено молекулярногенетическое исследование на 1 - 3 день с момента появления высыпаний проб клинического материала (моча и/или носоглоточные смывы и соскобы, ликвор, кровь), но не позднее 5 дня	1	A
10	Выполнена пульсоксиметрия при наличии одышки	2	B
11	Выполнена рентгенография легких при одышке, тахипноэ, стойкой лихорадке более 72 часов	2	B
12	Выполнена рентгенограмма придаточных пазух носа при подозрении на синусит не позднее 24 часов	2	B
13	Выполнено назначение терапии не позднее 24 часов от момента постановки диагноза (препаратами,	2	B

	указанными в данном протоколе)		
14	Проведена антибактериальная терапия (при выявлении бактериальных осложнений и/ или сопутствующей патологии)	1	A
15	Проведена дезинтоксикационная терапия	2	B
16	Достигнута стойкая нормализация температуры (более 72 часов)	1	A

Список литературы:

1. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. Москва. 2001;
2. Симованьян Э.М. Инфекционные болезни у детей. Справочник в вопросах и ответах – Ростов н/Д, 2000. –936 с;
3. Лобзин Ю.В. Менингиты и энцефалиты /Ю.В. Лобзин, В.В. Пилипенко, Ю.Н. Громыко// СПб, 2001. – 128 с.;
4. Сорокина, М.Н. Вирусные энцефалиты и менингиты у детей: Руководство для врачей. /М.Н. Сорокина, Н.В. Скрипченко //М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2004. – 416 с.;
6. Всемирная организация здравоохранения: Корь. Информационный бюллетень № 286. Февраль 2013 г.;
7. Под редакцией проф. Л.Е. Зиганшиной «Большой справочник лекарственных средств». Москва. ГЭОТАР-Медиа. 2011.;
8. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 20 августа 2015 года № 424 «О введении в действие СанПиН МЗ ПМР 3.1.2952-15 «Профилактика кори, краснухи, эпидемического паротита» (регистрационный № 7268 от 26 октября 2015 года) (САЗ 15-44).

Состав рабочей группы

Председатель рабочей группы:

Молкосян Юлиан Васильевич – врач-инфекционист высшей категории, ГУ «Республиканская клиническая больница».

Члены рабочей группы:

Казачек Любовь Алексеевна – врач-инфекционист высшей категории, заведующая инфекционного отделения ГУ «БЦГБ».

Беспалова Татьяна Николаевна – врач-инфекционист высшей категории, ГУ «Каменская ЦРБ».

Железняк Елена Петровна – врач-инфекционист высшей категории, ГУ «ТКЦАПП».

Завтур Юрий Григорьевич – врач-инфекционист высшей категории, ГУ «БЦАПП».

Теишану Мелания Петровна – врач-инфекционист высшей категории; главный внештатный инфекционист Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики; зав. инф. отд. ГУ «РКБ».

У членов рабочей группы отсутствует конфликт интересов.

Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Настоящие клинические рекомендации носят рекомендательный характер для организаторов здравоохранения и практикующих специалистов соответствующего клинического направления. Виды и объемы медицинской помощи населению Приднестровской Молдавской Республики, в соответствии с данными клиническими рекомендациями, могут быть обеспечены за счет средств и в пределах лимитов финансирования, предусмотренных законом о республиканском бюджете на соответствующий финансовый год, а также других поступлений, не запрещенных действующим законодательством Приднестровской Молдавской Республики. Объем диагностических и лечебных мероприятий для конкретного пациента определяет лечащий врач в соответствии с требованиями к объему исследований при определенных заболеваниях, состояниях с учетом возможности лечебно-профилактических организаций по предоставлению определенных видов исследований и лечения.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в пять лет, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Сведения о показаниях к применению и противопоказаниях, способах применения и доз лекарственных препаратов, схемы по применению лекарственного препарата изложены в тексте настоящих клинических рекомендаций.

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых документов:

1. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 20 августа 2015 года № 424 «О введении в действие СанПиН МЗ ПМР 3.1.2952-15 «Профилактика кори, краснухи, эпидемического паротита» (регистрационный № 7268 от 26 октября 2015 года) (САЗ 15-44).
2. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 03 июня 2008 г. № 481-3-IV «О санитарно-эпидемиологическом благополучия населения» (САЗ 08-22) с

изменениями и дополнениями, внесенными Законом Приднестровской Молдавской Республики от 6 августа 2009 года № 838-ЗИД- IV (САЗ 09-32).

3. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 28 февраля 2007 года № 180-3-IV «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней».

4. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 6 апреля 2023 года № 264 «Об утверждении Календаря иммунизации населения Приднестровской Молдавской Республики и Перечня инфекционных болезней, при угрозе возникновения которых проводятся профилактические прививки по эпидемическим показаниям» (регистрационный № 11709 от 12 мая 2023 года) (САЗ 23-19).

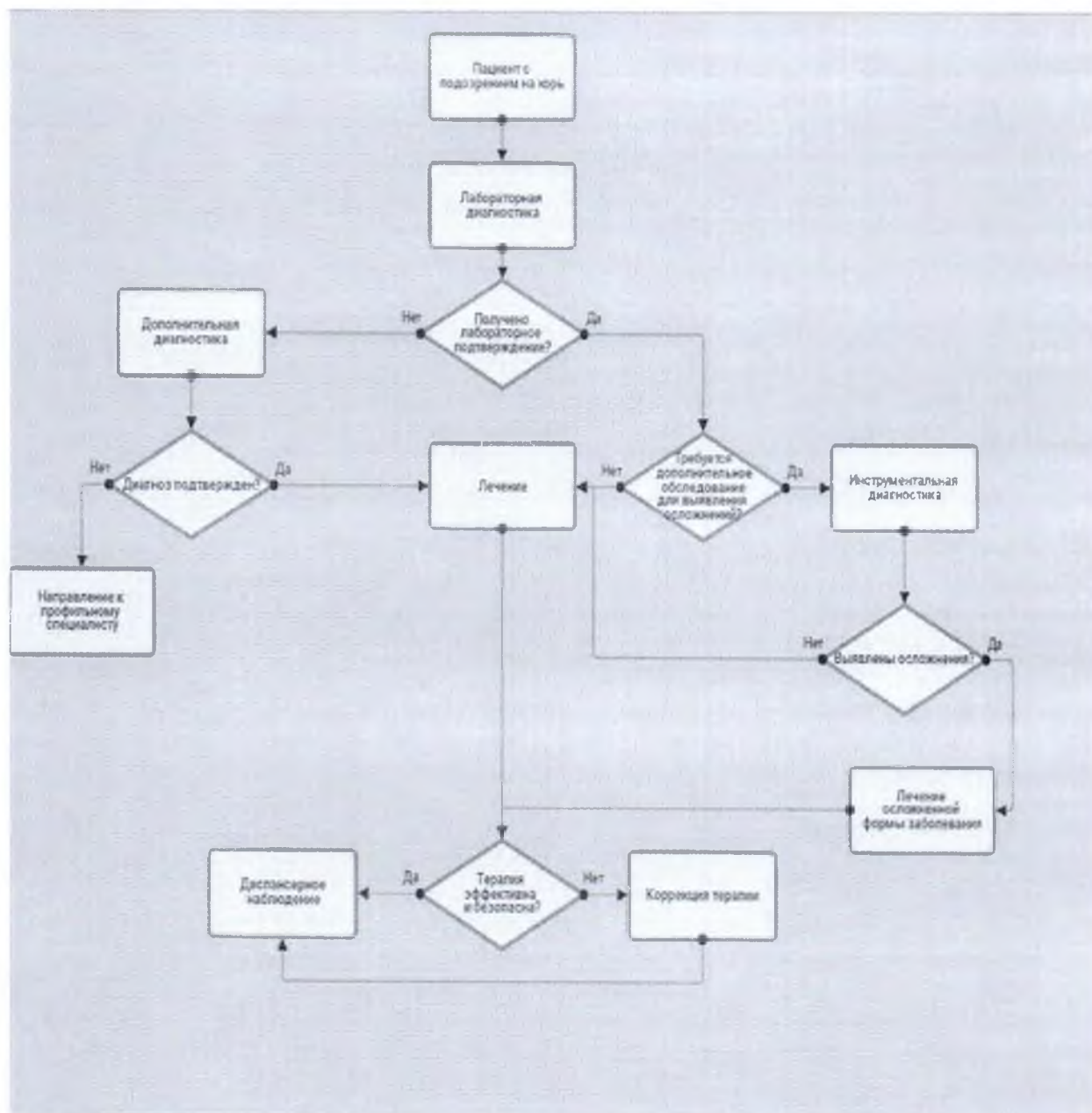
5. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 31 августа 2011 года № 465 «Об утверждении инструкции по внедрению и использованию пентавакцины АКДС-ГепВ-Хиб для иммунизации детей.

6. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 13 декабря 2023 года № 1008-ОД «О планировании профилактических прививок населению Приднестровской Молдавской Республики на 2024 год».

7. Постановление Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 31 января 2020 года № 16 «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам Приднестровской Молдавской Республики бесплатной медицинской помощи» (САЗ 20-6).

8. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 1997 года № 29-3 «Об основах охраны здоровья граждан» (СЗМР 97-1).

Алгоритм действий врача.



Информация для пациента

1. Корь – высокозаразное вирусное инфекционное заболевание, после перенесения которого у человека формируется стойкий иммунитет. Инфекция наиболее характерна для детей в возрасте 2-5 лет. Корь у взрослых встречается достаточно редко. Чаще всего она возникает у людей, не получивших вакцинацию.

Возбудителем заболевания является специфический вирус кори. Повторное заражение им не происходит из-за развития стойкого иммунитета. В связи с этим с симптомами и лечением кори человек может столкнуться только один раз. Чаще болезнь проходит за 1-2 недели без каких-либо иммунологических нарушений.

2. Вирус кори развивается в теле человека в несколько стадий. Сначала идет инкубационный период, который в среднем длится около 7-14 дней, в редких случаях – 21 день. В этот период симптомы кори еще не возникают. Они появляются уже на следующей стадии – катаральной. На этом этапе корь у взрослых вызывает такие клинические признаки:

- общую слабость и ломоту в теле;
- насморк с обильными выделениями;
- температуру 38-40°C;
- сильную головную боль;
- мучительный сухой кашель;
- боль в горле при глотании;
- воспаление слизистой оболочки глаз;
- боль в горле при глотании.

Катаральная стадия занимает в среднем 5 дней. После нее признаки кори начинают несколько уменьшаться, и больной чувствует облегчение. Но примерно через день симптомы вновь нарастают и самочувствие ухудшается. Наступает следующий этап – период высыпаний. Они представляют собой пятнисто-папулезную сыпь – отдельные элементы сливаются в единые очаги.

Сначала пятна возникают на шее, голове, верхней части грудной клетки, а затем распространяются по всему туловищу. Спустя 3 дня после появления сыпь начинает бледнеть – наступает период выздоровления, когда температура и общее самочувствие нормализуются.

3. *Лечение кори* может происходить амбулаторно, если у больного нет серьезных осложнений заболевания. Госпитализация необходима при общем тяжелом состоянии пациента или невозможности его изоляции, к примеру, при проживании в общежитии, военной части и пр. Лечение кори носит исключительно симптоматический характер, т.е. больному назначаются лекарства, облегчающие течение болезни:

- жаропонижающие;
- противовирусные;
- сосудосуживающие от насморка.

В случае присоединения бактериальной инфекции (отита или пневмонии) больному назначают антибактериальные препараты. Достаточной эффективностью в этом случае обладают таблетки, принимаемые внутрь. Антибиотики назначают на основании анализа на выявление возбудителя инфекции, чтобы определить его чувствительность к конкретным препаратам.

Вакцинация от кори

Прививка от кори взрослым назначается для проведения в возрасте до 35 лет. Вакцинация носит обязательный характер вне зависимости от возраста для людей, работающих с детьми. В целом прививка необходима, поскольку в зрелом возрасте есть риск серьезных осложнений, а также из-за тяжелого протекания инфекции.

Считается, что вакцина от кори способна обеспечить человеку иммунитет в среднем на 20 лет. Прививку делают дважды с промежутком в 3 месяца. Современная вакцина от кори имеет одно-, двух- или трехкомпонентный состав, т.е. она делается от одного или нескольких заболеваний: кори, кори-паротита, кори-паротита-краснухи.

4. Чтобы предотвратить заражение других, Вы должны соблюдать следующие предписания:

- Пока Вы заразны, Вы должны быть изолированы дома или в больнице.
- Вы не должны пользоваться одними и теми же столовыми приборами, посудой или стаканами с другими.
- Вы не должны курить ту же сигарету или пить из одной и той же бутылки с другими.
- Исключить близкий контакт с другими;
- Вы должны являться на повторные обследования и сдать те анализы, которые предпишет Ваш врач. Болезнь, которой Вы заразились, представляет опасность для общества. Поэтому Вы обязаны следовать тем предписаниям, которые назначил Ваш врач. Врач-эпидемиолог пересмотрит предписания, если Вы этого потребуете. Пока подобный

пересмотр не будет осуществлён, Вы должны следовать сделанным Вам ранее предписаниям.

Приложение Г

Шкалы оценки, опросники и так далее, приведённые в тексте клинических рекомендаций

Признак	Характеристика признака		
	Легкая степень тяжести	Средняя степень тяжести	Тяжелая степень тяжести
Выраженность и длительность интоксикации	Отсутствует или легкая выраженность, 1-5 дней	Умеренной выраженности, 6-7 дней	Ярко выражена, более 8 дней
Выраженность и продолжительность лихорадки	Повышение температуры С, до 38,5 длительность 1-5 дней	Повышение температуры С, более 38,5 длительность 6-7 дней	Повышение температуры 39,5С, длительность более 7 дней
Синдром поражения респираторного тракта катаральный синдром)	Легкой выраженности катаральный синдром	Ярко выражены катаральные проявления	Ярко выраженные, продолжительностью более 7 дней катаральные проявления
Синдром поражения глаз	Отсутствуют или легкие проявления конъюнктивита	Отек век, катаральный конъюнктивит, светобоязнь	Отек век, катаральный или гнойный конъюнктивит, светобоязнь, склерит
Синдром экзантемы	Сыпь неякая, необильная, пятнистопапuleзного характера, слабая тенденция к слиянию, бледная пигментация	Сыпь обильная, яркая, крупная пятнистопапuleзная, склонная к слиянию	Сыпь обильная, яркая, крупная пятнистопапuleзная, склонная к слиянию, геморрагический синдром
Осложнения	Нет	Возможны	Имеются

Шкала уровней доказательности SIGN.

Уровни научных доказательств	
1++	Высококачественный метаанализ, систематические обзоры клинических испытаний или высококачественные клинические испытания с очень низкой вероятностью систематических ошибок
1+	Хорошо проведенные метаанализы, систематические обзоры клинических испытаний или хорошо проведенные клинические испытания с низкой вероятностью систематических ошибок
1-	Метаанализы, систематические обзоры клинических испытаний или клинических испытаний с высокой вероятностью систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры когортных исследований или исследований случай-контроль Высококачественные когортные исследования или исследования случай-контроль с очень низкой вероятностью вмешивающихся факторов и систематических ошибок и высокой вероятностью причинно-следственных связей
2+	Качественные когортные исследования или исследования случай-контроль с низкой вероятностью вмешивающихся факторов и систематических ошибок и средней вероятностью причинно-следственных связей
2-	Когортные исследования или исследования случай-контроль с высокой вероятностью вмешивающихся факторов и систематических ошибок и значительным риском того, что взаимосвязи не носят характер причинно-следственных отношений
3	Не аналитические исследования, описание случаев, серия случаев
4	Экспертное мнение

Уровень доказательств		Степени рекомендаций
A	Высокий	Есть большая уверенность в том, что истинный эффект близок к предполагаемому. Дальнейшие исследования вряд ли изменят уверенность в эффекте (несколько качественных исследований с последовательными результатами или в отдельных случаях одно крупное высококачественное многоцентровое исследование)
B	Средний	Существует умеренная уверенность в оценке эффекта: истинный эффект, вероятно, будет близок к предполагаемому, но есть вероятность, что он существенно отличается (одно крупное высококачественное исследование или несколько с методологическими ограничениями)
C	Низкий	В оценочном эффекте имеется ограниченный эффект: истинный эффект может существенно отличаться от оценочного (несколько исследований с существенными методологическими ограничениями)
D	Очень низкий	Уверенность в оценке эффекта очень мала: истинный эффект, вероятно, будет существенно отличаться от предполагаемого (экспертные мнения, нет прямых доказательств, исследования с существенными методологическими ограничениями)

190924
01-0874625

Министру МЗ ПМР
Албул К.В.
Гл. врачу ГУ РКБ
Гостановский И.М.

Уважаемая Кристина Валерьевна!

Направляем Вам на утверждение клинические рекомендации по Инфекционным заболеваниям:

-Шиселлез;

-Корь;

-Этид. паротит;

-Ветряная оспа.

Представленные клинические рекомендации содержат информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания.

Клинические рекомендации предельно краткие, ясные, содержат четкий смысл и полностью соответствуют требованиям Приказа № 363 от 06.05.2021г. «Об утверждении порядка разработки и применения клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи»

Наличие интересов, противоречащих общественным интересам, которые могут привести к заключениям, не отвечающим интересам пациентов, группы пациентов, системы здравоохранения, общества в целом – отсутствуют.

Данные клинические рекомендации могут быть использованы в работе практических специалистов соответствующего клинического направления.

Замечаний по представленным клиническим рекомендациям нет.

Члены рабочей группы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Конфликт интересов у эксперта отсутствует, о чём заполнена «Декларация отсутствия конфликта интересов»

Эксперт по пересмотру

Клинических рекомендаций,

Главный внештатный инфекционист МЗ ПМР

Зав. инф. отд. ГУ РКБ

Теишану М П.

23 GEN 2024

24209

Протокол заседания рабочей группы по разработке клинических рекомендаций

Место проведения: конференц – зал Республиканского диспансера по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции и хронических вирусных гепатитов

дата: 21.03 2024 г.

Председатель - Молкосян Юлиан Васильевич

Секретарь - Железняк Елена Петровна

Присутствовали:

- 1) Казачек Любовь Алексеевна – врач инфекционист высшей категории, заведующая инфекционного отделения ГУ БЦГБ;
- 2) Беспалова Татьяна Николаевна - врач инфекционист высшей категории, заведующая инфекционного отделения ГУ «Каменская ЦРБ»;
- 3) Завтур Юрий Григорьевич - врач инфекционист высшей категории, ГУ «БЦАПП».

ПОВЕСТКА ДНЯ:

1. О направлении на экспертизу проекта клинических рекомендаций « Эпид.паротит у детей и взрослых»;
2. О направлении на экспертизу проекта клинических рекомендаций «Корь у детей и взрослых»;

ВЫСТУПИЛИ:

Беспалова Татьяна Николаевна - врач инфекционист высшей категории, ГУ «Каменская ЦРБ»- представила проект клинических рекомендаций «Корь у детей и взрослых» ;

Завтур Юрий Григорьевич - врач инфекционист высшей категории, ГУ «БЦАПП»- представил проект клинических рекомендаций « Эпид.паротит у детей и взрослых»;

РЕШИЛИ:

Направить на экспертизу предоставленные проекты клинических рекомендаций

Председатель - Молкосян Юлиан Васильевич

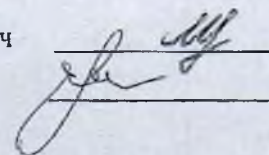
Секретарь - Железняк Елена Петровна

Члены:

Завтур Юрий Григорьевич

Беспалова Татьяна Николаевна

Казачек Любовь Алексеевна



Ю. Завтур